Audhild Løhre

Anders Grimsmo

Samhandling og pasientforløp i støpeskjeen (SPIS)

Sluttrapport

Trondheim 28.08.2015

Rapport



**NTNU**

Norges
teknisk-naturvitenskapelige
universitet

Fakultet for Medisin og helsevitenskap

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



**VERSJON**

1.0

**NORGES FORSKNINGSRÅD**

HELSEVEL

Program: Evaluering av samhandlingsreformen (EVASAM)

**CRISTIN PROSJEKT ID**

416109

**DATO**

28.08.2015

**PROSJEKTNUMMER**

220553

**ANTALL SIDER**

18

Rapport

Samhandling og pasientforløp i støpeskjeen (SPIS)

Sluttrapport





Innholdsfortegnelse

[Sammendrag 4](#_Toc534631436)

[Innledning 5](#_Toc534631437)

[Føringer fra offentlige myndigheter om evalueringen 5](#_Toc534631438)

[Problemstillinger 5](#_Toc534631439)

[Datagrunnlag 6](#_Toc534631440)

[Arbeidspakke 1: Samarbeidsavtalene: forarbeid, utforming og konsekvenser 6](#_Toc534631441)

[Arbeidspakke 2: Operasjonalisering og implementering av gode og helhetlige pasientforløp 6](#_Toc534631442)

[Arbeidspakke 3: På vei mot samhandlingskommunen? Organisatoriske og juridiske konsekvenser av helhetlige pasientforløp 6](#_Toc534631443)

[Supplerende arbeid 6](#_Toc534631444)

[Metode 6](#_Toc534631445)

[Resultater 7](#_Toc534631446)

[Likeverd mellom kommuner og helseforetak 7](#_Toc534631447)

[Brukerdeltagelse 8](#_Toc534631448)

[Deltagelse av lokalpolitikere 9](#_Toc534631449)

[Helhetlige pasientforløp og kvalitet 9](#_Toc534631450)

[Avtalelikhet, kunnskapsoverføring, klagerett og økonomiske insentiver 10](#_Toc534631451)

[Analyse – tolkinger og diskusjon av resultatene 11](#_Toc534631452)

[Samhandling og likeverd 11](#_Toc534631453)

[Pasientbehandling, klagerett og helhetlige forløp 12](#_Toc534631454)

[Kommunesamarbeid og utfordringer 13](#_Toc534631455)

[Anbefalinger om oppfølging 14](#_Toc534631456)

[Policy og praksis 14](#_Toc534631457)

[Videre forskning 14](#_Toc534631458)

[Referanser 16](#_Toc534631459)

# Sammendrag

Evalueringsprosjektet SPIS – "Samhandling og pasientforløp i støpeskjeen" studerer i første rekke prosesser i samhandlingsreformen, men også resultater. Med utgangspunkt i mål og rammedokumentet for EVASAM, har prosjektet sett på: rettslige virkemidler gjennom avtale­forhandlinger, klageordningen og brukermedvirkning; virkningen av økonomiske insentiver knyttet til utskrivningsklare pasienter, etablering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud og interkommunalt samarbeid; og faglige virkemidler ved å se på utvikling og implementering av pasientforløp. SPIS-prosjektet har brukt ulike metodiske tilnærminger med blant annet en nasjonal survey, observasjoner, dokumentanalyse, litteratursøk og mer enn 400 intervju.

 Analysene viser varierende grad av likeverd mellom kommuner og helseforetak, men jevnt over synes forholdet å være asymmetrisk med foretaket som den sterke part. Involvering av brukere må betegnes som lav. Ingen brukere deltok på vegne av kommunene i avtalefor­hand­linger, og de få brukerne som representerte foretakenes brukerutvalg, ble ikke tildelt en aktiv rolle som premissleverandører. Lokale politikere så ut til å avgrense sitt oppdrag til slutt­behand­ling av avtaler. Det kan virke som samhandlingsreformens overordnede mål med å gi bedre og sømløs pasientbehandling lider under de økonomiske insentivene. Kronisk syke og eldre pasienter har heller fått mer oppstykkete forløp med opphold i lokale døgntilbud for øyeblikkelig hjelp eller ved intermediæravdelinger som mellomstasjoner på reisen til og fra sykehuset. Det faglige samarbeidet mellom helsepersonell fra sykehus og kommune i utvikling av bedre og helhetlige pasientforløp har gitt ulike resultater. Eksempelvis ble diagnoseavhengige forløp for kols og brudd i øvre lårhals laget, men ikke tatt i bruk. Et forløp som var uavhengig av diagnose, ble derimot helt eller delvis implementert i fire av seks deltagende kommuner.

 Funnene tilsier at det må legges til rette for et mer likeverdig forhold mellom kommuner og helseforetak i avtaleforhandlinger. Videre må brukerperspektivet sterkere inn, slik at brukere får en reell medvirkning og slik at brukernes synspunkt og preferanser dokumenteres og anvendes. Myndighetene anbefales å vurdere endringer i økonomiske insentiver for å lykkes med å gi mer hjelp nærmere der pasienten bor; det kan være mer hjelp i hjemmet og bruk av ambulerende team. Når det gjelder det faglige virkemidlet med helhetlige pasientforløp, bør det utarbeides faglige retningslinjer for generiske (diagnoseuavhengige) forløp. Iverksettelsen av helhetlige pasientforløp er videre avhengig av en sterk forankring i de respektive organisasjon­ene, og et tett samarbeid mellom første- og andrelinjen.

Det bør knyttes forskning til implementering og etterlevelse av samarbeidsavtaler som inngås, til brukermedvirkning og anvendelse av brukererfaringer, til klagerettens funksjonalitet, til utprøving av modeller for teamarbeid og flerfaglig samarbeid og til utvikling og utprøving av kvalitetsindikatorer.

# Innledning

Samhandlingsreformen kan beskrives som en koordinerings- og retningsreform, hvor økonomiske, juridiske, organisatoriske og faglige virkemidler skal fremme det overordnete målet om helhetlige og smidige pasientforløp (St.meld.nr. 47: 2008-2009; St.meld.nr. 16: 2010-2011). Spesialist- og primærhelsetjenesten skal i større grad samhandle og kommunene har fått en større del av ansvaret for helsetjenestene. Reformen har slektskap med helsereformer i våre naboland. Det svenske lokalvård-konseptet og den danske modellen for kommunal medfinansiering av sykehustjenester[[1]](#footnote-1) har begge vært viktige inspirasjonskilder. Reformen har videre klare likhetstrekk med partnerskapstenkningen som en nå finner i mange land.

Kort tid etter at samhandlingsreformen ble iverksatt i 2012, fikk Norges forskningsråd i oppdrag å etablere en løpende evaluering. I alt ble seks prosjekter etablert. Denne slutt­rapporten kommer fra prosjektet SPIS – "Samhandling og pasientforløp i støpeskjeen".

# Føringer fra offentlige myndigheter om evalueringen

I SPIS prosjektet er samhandlingsreformens første fase studert på meso-nivå (innvirkning og betydning for kommuner og foretak), og på mikro-nivå (opplevelse og erfaringer gjort av målgrupper og aktører i reformen). SPIS-prosjektet omfatter i første rekke en prosess­evaluering med bruk av et bredt spekter av kvalitative metoder. Prosjektet omfatter også en resultatevaluering med aktørers fortellinger om hva en har oppnådd. Målet med å anvende kvalitative tilnærminger har vært å gi en dypere innsikt i og forståelse av sammenhenger i det som har skjedd. I tillegg ble kvantitative data samlet inn for å validere de kvalitative funnene.

Med utgangspunkt i mål og rammedokumentet har prosjektet studert effekter av de rettslige virkemidlene ved å se på forhandlingsprosesser i utvikling av samarbeidsavtalene, medvirkning og involvering av pasienter og brukere, samt endringer i klageordningen. Virkningen av de økonomiske insentivene er undersøkt ved å analysere effekter og variasjon på meso- og mikro-nivå knyttet til utskrivningsklare pasienter, etablering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud og interkommunalt samarbeid. Faglige virkemidler er studert ved å se på utvikling og implementering av pasientforløp; samarbeidsprosesser mellom kommune og foretak, barrierer, kompetansebehov og anvendelse av faglige retningslinjer. Organisatoriske virkninger av reformen er studert ved å se på organisasjonsmodeller som er utviklet i og mellom kommuner og mellom kommuner og foretak, og ved å studere ringvirkninger av ulike modeller. Under dette inngår også spørsmålet om likeverd mellom kommunen som er demokratisk styrt av folkevalgte versus helseforetak som følger en bedriftsmodell med et styre oppnevnt av helse- og omsorgs­departementet, som også er generalforsamling.

# Problemstillinger

Målet for arbeidspakke (AP)1 var å studere førstegenerasjons avtaler mellom kommuner og helseforetak ved *å se på prosesser i forkant av de lovpålagte avtalene, undersøke forpliktelser i avtalene og utnyttelse av handlingsrommet som lovgiver hadde invitert til,* samt *kartlegge konsekvenser av avtalene og samhandlingsreformen sett fra kommunenes perspektiv*.

AP2 var rettet mot samhandlingsprosesser mellom kommuner og helseforetak, og studerte *hva som legger til rette for, og hva som hindrer samhandling.*

AP3 hadde en todelt hensikt, der en først studerte *hva som kjennetegner kommunenes møte med samhandlingsreformen med spesiell vekt på pasientforløp som reformstrategi* og dernest studerte *ivaretakelse av pasienters rettsikkerhet ut fra nye samarbeidskonstellasjoner og endringer i klagereglene.*

# Datagrunnlag

### Arbeidspakke 1: Samarbeidsavtalene: forarbeid, utforming og konsekvenser

AP1 har tre delprosjekt. Det første er en casestudie der en ser på forarbeid til de lovpålagte avtalene og forhandlingsprosesser i hver av de fire helseregionene. Det andre delprosjektet omfatter de første tjenesteavtalene som ble inngått mellom kommuner og helseforetak i de fire helseregionene*.* Det tredje delprosjektet er en nasjonal spørreskjemaundersøkelse (survey) med fokus på konsekvenser av avtaler og samhandlingsreformen.

### Arbeidspakke 2: Operasjonalisering og implementering av gode og helhetlige pasientforløp

AP2 omfatter tre delprosjekt som opprinnelig var initiert av Regionalt Senter for Sykelig Overvekt (RSSO) ved St. Olavs Hospital. Her studeres samhandlingstiltak mellom første- og andrelinjetjenesten ved å se på fastleger som får videreutdanning i poliklinikk for overvekt, utplassering av sykehusets diabetessykepleier i kommune, og et kompetanseprogram for å forebygge og behandle overvekt. Etter først å ha blitt analysert som enkeltstående prosjekt, ble datagrunnlaget i de tre delprosjektene studert på tvers. Et fjerde delprosjekt inkluderte seks kommuner og tre sykehus i Midt-Norge som samarbeidet om å utvikle og innføre helhetlig pasientforløp i hjemmet (HPH).

### Arbeidspakke 3: På vei mot samhandlingskommunen? Organisatoriske og juridiske konsekvenser av helhetlige pasientforløp

AP3 består av tre delprosjekt der det første ser på 36 kommuner i møte med samhandlings­reformen. Videre ble det gjort en nærstudie av et samarbeid mellom fem kommuner og ett helseforetak med sikte på å utvikle pasientforløp. Det tredje delprosjektet er en case studie med seks kommuner. Datagrunnlaget for de juridiske vurderingene er hovedsakelig inngåtte avtaler mellom kommuner og helseforetak og utvalgte avtaleforhandlinger.

### Supplerende arbeid

Vi har gjennomført to feltstudier; en om kommunenes håndtering av utskrivningsklare pasienter og en om etablering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Videre har en studie om utvikling og implementering av diagnosebaserte forløp brukt data fra HPH-prosjektet i AP2, fra flere av delprosjektene i AP3, samt kobling og analyse av registerdata fra spesialist og primær­helsetjenesten for alle innbyggere i fire kommuner. I tillegg ble SPIS-prosjektet våren 2015 utvidet med en analyse av den norske samhandlings­reformen i et internasjonalt perspektiv.

# Metode

SPIS-prosjektet benyttet ulike metodiske tilnærminger med over 400 intervju, et fasilitert arbeidsmøte, observasjoner, feltnotater, dokumentanalyse, en nasjonal survey, litteratursøk og kontakt med aktuelle internasjonale forskningsmiljø.

I den kvalitative case studien i AP1 ble det gjort 28 intervju av informanter med kjennskap til forhandlingsprosessene i de fire helseregionene. Politiske prosesser ble analysert ut fra dokumenter som ble funnet på kommunenes hjemmesider. Totalt ble 57 førstegenerasjon tjenesteavtaler lastet ned fra helseforetakenes hjemmesider i 2012 via lenkeadresser mottatt fra de fire regionale helseforetakene, med 19 avtaler på hvert av tre avtaleområder: kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud; samarbeid om utskrivningsklare pasienter; og gjensidig kunnskaps­­overføring og informasjonsutveksling. Metodisk ble det primært brukt innholdsanalyse med både kvalitative og kvantitative tilnærminger.

Surveyen henvendte seg til kommunale helse og omsorgsledere over hele landet. Spørreundersøkelsen var designet for å kunne validere kvalitative funn i SPIS-prosjektet ved å kartlegge forekomst og utbredelse, samt sammenligne med tidligere forskning om likeverd. I tillegg ble det inkludert spørsmål som skulle benyttes i andre EVASAM-prosjekt. Spørreskjemaet ble pilottestet og kvalitetssikret før utsending.

AP2 har i hovedsak innhentet data i 2012 og 2013, men har også hatt tilgang på data innhentet før SPIS-prosjektet ble iverksatt. Det ble foretatt 55 kvalitative intervju med til sammen 122 informanter. I tillegg deltok 15 informanter på et fasilitert arbeidsmøte der metoden er å validere eksisterende data samt å innhente ny empiri gjennom at foreløpige funn presenteres og deltagerne får muligheter til å gi tilbakemelding og diskutere funnene seg imellom. Diskusjonen ble loggført i sin helhet.

Undersøkelsen av de 36 kommunene i AP3 består av telefonintervju av 38 informanter i kommunale lederstillinger (hovedsakelig rådmenn), kartlegging av kommunal organisering i alle kommunene, samt dokumentanalyser. I delprosjektet med fem kommuner og et helseforetak ble det innhentet dokumenter og samlet observasjonsdata, og det ble gjort intervju med styrings­gruppe, prosjektgruppe og prosessgruppe om utvikling av pasientforløp. I casestudien var de seks kommunene strategisk valgt ut fra størrelse og organisering. Det ble det gjennomført 31 individuelle semistrukturerte intervju med strategisk valgte informanter fra hver kommune.

De juridiske vurderingene var basert på dokumentanalyser av avtaler og utvalgte avtale­forhandlinger fra AP1 og AP3 samt en gjennomgang og vurdering av endringer i klagereglene ut fra juridisk metode.

I de to feltstudiene ble det gjort deltagende observasjon, analyse av kommunale dokumenter og mer enn 250 intervju i til sammen 77 kommuner. Studien om implementering av diagnosebaserte forløp benyttet mixed methods med registerdata i de kvantitative analysene samt kvalitative data fra AP2 og AP3. Analysen av samhandlingsreformen i et internasjonalt perspektiv bygget på litteratursøk samt kontakt med aktuelle internasjonale forskningsmiljø.

# Resultater

De viktigste funnene blir her framstilt punktvis ut fra tema. Den nasjonale surveyen (Ljunggren m fl 2014) med svar fra 259 (58%) kommuner og bydeler (gjelder Oslo) gir oversikt på mange områder og trekkes inn der det anses formålstjenlig.

## Likeverd mellom kommuner og helseforetak

Opplevd likeverd mellom representanter fra kommuner og helseforetak viste et blandet bilde med foretaket som den sterke part. Samtidig finner vi at opplevelsen av likeverd kan styrkes når helsepersonell får mulighet til å samarbeide om felles oppgaver over tid i konkrete tiltak.

* En kvalitativ studie som sammenligner forhandlingsprosesser i de fire regionale helsefore­takene, oppsummerer med at avtaleforhandlingene var preget av interessekonflikter og asymmetriske maktforhold i starten (Ljunggren mfl 2015). Forskjellene mellom de fire forhandlingsprosessene gjenspeilet erfaringer med tidligere samarbeid. For kommuner som var vant til å samarbeide med foretaket, bar prosessene preg av mer tillit og likeverd. Kommuner som hadde en mager samarbeidshistorikk, utrykte mer mistillit. Kommuner slo seg sammen for å stå sterkere i forhandlinger med foretaket, og hadde suksess med det.
* Kvalitative studier av erfaringer på kommunenivå løfter fram at relasjonene mellom helseforetak og kommuner var preget av formalisme i arbeidet med avtalene, - det var mindre som tydet på en samstyring basert på tillit og likeverd (Aarseth m fl 2015). Enkelte kommunale informant­er mente at avtalene hadde bidratt til en tydeligere ansvarsfordeling. Andre var misfornøyde fordi de opplevde at helseforetaket ikke fulgte opp sin del av avtalene. Flere kjente på et asymmetrisk forhold der de opplevde at helseforetakene krevde definisjonsmakt når det gjaldt kontraktens innhold og form selv om de har liten kunnskap om kommunene (Gjerde mfl 2015).
* En feltstudie med 40 kommuner hovedsakelig i Midt-Norge understøtter bildet av et asymmetrisk forhold på det faglige og operative planet. Kommuneleger og ledere innen pleie- og omsorg uttrykte en bekymring for at sykehuset ofte meldte pasienter utskrivnings­klare uten å ta tilstrekkelig hensyn til hvor dårlig pasienten var, om pasienten hadde andre samtidige kroniske sykdommer og det ble lagt lite vekt på kommunenes behov for tid til å planlegge mottaket. I tillegg bar utskrivingsdokumenter preg av at det var blitt travlere. Ofte manglet beskrivelse av pasientens funksjonsnivå, noe som er avgjørende for god tilrettelegging i kommunen (Grimsmo 2013).
* Asymmetrien kom også tydelig fram i utforming av et pasientforløp. Sykepleiere fra sykehuset så det som en naturlig oppgave å skulle lage pasientforløp for kommunen, mens sykepleiere fra kommunen mente det var utenkelig for dem å skulle lage tilsvarende for sykehuset (Grimsmo mfl manus i prosess). Samtidig var ansatte både i sykehus og kommune opptatt av å bedre kommunikasjonen og samarbeidet gjennom det felles prosjektet med pasientforløp (Håland m fl 2015).
* Enkelte funn i den nasjonale surveyen kan tyde på at sykehusene tar seg mer til rette overfor kommunene enn tidligere. Ansatte ved sykehus ga oftere enn før pasienter løfter om behandling og/eller tjenestetilbud i kommunene (Ljunggren mfl 2014).
* Gjennomgang av formuleringer i avtaletekster på område 6, om gjensidig kunnskaps­overføring, kan likevel tyde på at intensjonen var å ivareta likeverd mellom kommuner og helseforetak (Kirchhoff m fl 2015).
* Med data fra den nasjonale surveyen fant Kirchhoff og Ljunggren (2015) at likeverd kan deles i (minst) to dimensjoner, der den ene omfatter læring og kompetanse-likeverd og den andre avtale­-likeverd. Eksempelvis kan nevnes fra surveyen (Ljunggren m fl 2014) at kom­munale ledere mente ansatte i kommunenes helse- og omsorgstjeneste lærte mer av ansatte i sykehus enn det sykehusansatte lærte av kommunene. I forhold til det å få gjennomslag for egne interesser i avtaleforhandlinger, svarte langt flere kommunale ledere at de i liten grad fikk samme gjennomslag som foretaket sammenlignet med kommunale ledere som svarte at de i stor grad fikk gjennomslag. Funn fra andre utvalg kan tyde på at kommuner over tid og gjennom internt samarbeid oppnådde avtale-likeverd med foretaket (Ljunggren m fl 2015), mens det har skortet på kompetanse-likeverd (Gjerde m fl 2015, Grimsmo 2013).

## Brukerdeltagelse

Oppsummering fra de ulike delprosjektene i SPIS viser at brukere i ulik grad ble involvert i prosessene knyttet til samhandlingsreformen. Jevnt over kan brukermedvirkningen betegnes som lav.

* En analyse av førstegenerasjon avtaler og møteprotokoller fra brukerutvalgene i region Helse Midt-Norge RHF konkluderer med varierende grad av brukermedvirkning (Brekk og Kirchhoff 2015). To av de tre helseforetakene hadde med brukerrepresentanter i avtale­forhandlingene, mens det tredje ikke hadde med brukere i første fase. Brukerrepresentant­ene fikk først og fremst informasjon om avtaleprosessene gjennom muntlige orienteringer i helseforetakets brukerutvalg. Brekk og Kirchhoff (2015) poengterer at lovpålagte systemer for implementering og videre bruk av pasient og brukererfaringer er helt fraværende i samarbeidsavtalene.
* Studien av de fire forhandlingsprosessene, en i hver region, viser at totalt tre brukere var invitert inn i forhandlingene. De tre brukerne representerte to av helseforetakenes brukerutvalg; de måtte tidvis legitimere sin tilstedeværelse ved å vise til regelverket, de opplevde det tøft å sitte alene og ble ikke nødvendigvis invitert til parallelle og uformelle møter underveis. På tross av dette mente brukerrepresentantene at deres stemme ble hørt når det gjaldt «pasientens beste» (Solbjør m fl manus sendt tidsskrift). I de to forhandlings­prosessene der brukere ikke var invitert, ble det opplyst at brukerorganisasjoner fikk informasjon om forhandlingene i andre fora (Ljunggren m fl 2015, Solbjør m fl manus sendt tidsskrift). Det var ingen brukere med fra kommunene.
* Den nasjonale surveyen (Ljunggren m fl 2014) bekrefter lav brukerdeltagelse. Her svarer to av tre i kommuneadministrasjonen at brukere var lite eller bare til en viss grad involvert i utforming av avtalene. Denne andelen var lik i alle fire regionale helseforetak.

## Deltagelse av lokalpolitikere

Politikere på kommunenivået synes å være relativt fraværende i utforming av avtaler og tiltak i samhandlingsreformen.

* I telefonintervju med 38 informanter (hovedsakelig rådmenn) fra 36 kommuner i ett fylke forteller informantene at endringer som følge av reformen både initieres og gjennomføres av kommunens administrative ledelse. Politikere nevnes ikke som initiativtagere, men de be­nevnes som positive og interesserte under den politiske behandlingen (Aarseth m fl 2015).
* Funnene i den nasjonale surveyen (Ljunggren m fl 2014) gir et tilsvarende bilde; kun 14 (9%) av 161 respondenter svarer at kommunestyrepolitikere i svært stor grad ble inkludert i utforming av avtalene, mens 36 (22%) svarer i svært liten grad.

## Helhetlige pasientforløp og kvalitet

For en del pasienter ser det ut til at pasientforløp hjem-sykehus-hjem er blitt mer oppstykket. Kommuneadministrasjonen så vel som helsepersonell har delt syn på verdien av pasientforløp som veiledningsguide når det gjelder å lede pasienten på beste måte gjennom overgangene.

* Intermediæravdelinger og interkommunale døgntilbud for øyeblikkelig hjelp, har ført til at pasienten kan få et mer oppstykket forløp pga. mellomopphold før og etter sykehus­innleggelser (Grimsmo 2013, Grimsmo og Løhre 2014). Videre har mange kommuner vært opptatt av å finne egne løsninger framfor å kopiere andre (Aarseth m fl 2015). Dette gjaldt særlig mindre kommuner (Grimsmo og Løhre 2014).
* Noen kommuner har jobbet sammen med foretaket for å utvikle diagnosebaserte pasient­forløp. Fem kommuner i Møre og Romsdal arbeidet sammen med et foretak i 20 måneder med å lage et helhetlig pasientforløp for pasienter med brudd i øvre lårhals og for pasienter med kols (Gjerde mfl 2012, 2014). Det skulle imidlertid vise seg at de to diagnosespesifikke pasientforløpene etterpå ikke ble tatt i bruk i kommunene (Meese og Rønhovde 2015).
* I et annet prosjekt i Midt-Norge ble gruppene som samarbeidet, dog etter en del strid, til sist enig om å utvikle et generisk (diagnoseuavhengig) helhetlig forløp som kunne passe for de fleste pasienter med kroniske sykdommer (Røsstad m fl 2013). En undersøkelse etter at prosjekt­perioden var over, viste at dette pasientforløpet var fullt ut implementert og i bruk i to og delvis i bruk i ytterligere to av de seks deltagende kommunene (Røsstad m fl 2015).
* Kommunenes behov for diagnoseuavhengige pasientforløp belyses nærmere i en studie som viser omfanget av pasienter med multisykdom og forekomst av enkelte sykdommer. Det er nærmest et unntak at pasienter bare har én kronisk sykdom, også blant de som skrives ut fra sykehus; over 90% av pasienter som skrives ut med behov for kommunale tjenester, har multisykdom. Sykehusenes store pasientgrupper som kols, hjertesvikt og slag, er lavfrekvente i kommunene (Grimsmo m fl manus i prosess).
* Funn fra telefonundersøkelsen som henvendte seg til den administrative toppledelsen i alle kommunene i Møre og Romsdal, viser at begrepet helhetlige pasientforløp ikke hadde festet seg i det kommunale vokabularet i perioden da undersøkelsen foregikk (Gjerde m fl 2015). Undersøkelsen ble gjennomført i løpet av de ti første månedene i 2013, altså på et tidspunkt da mange kommuner allerede hadde deltatt på møter om pasientforløp i et par års tid.
* Håland og kollegaer (2015) belyser hvordan samhandling omkring utforming og implementering av pasientforløp kan fungere som et redskap, omtalt som et grenseobjekt, for å bygge bro over – og også skyve på – organisasjonsgrenser mellom kommuner og helse­foretak. Forfatterne påpeker at pasientforløp som grenseobjekt kan gi den kommunale omsorgen mulighet til å uttrykke sin kunnskap og kompetanse slik at hjemmetjenester på sikt kan bli mer likeverdige med sykehus, noe som kan føre til jevnere fordeling av makt.

## Avtalelikhet, kunnskapsoverføring, klagerett og økonomiske insentiver

Samhandlingsreformen og fremforhandling av avtaler åpnet for nye økonomiske insentiver og nye strategier når det gjaldt kommunikasjon og kunnskapsoverføring mellom helseforetak og kommune.

* En studie har sett spesielt på avtalelikhet innenfor område 6, om gjensidig kunnskapsover­føring, og finner at innenfor det enkelte helseforetaket var avtaler mellom kommuner og helseforetak nærmest identiske (Kirchhoff m fl 2015). Derimot var det jevnt over store forskjeller mellom avtaler i ulike helseforetak innen samme RHF. På tross av ulikhet i avtaler var det tydelig at kommuner og helseforetak gjensidig forpliktet hverandre med kunnskaps­overføring, særlig gjennom IT-løsninger, veiledning og praksiskonsulentordninger.
* Etter tre-fire års samarbeid om utvikling av pasientforløp blir læringseffekten omtalt som liten på systemnivå selv om den individuelle gevinsten ble opplevd som større (Meese og Rønhovde 2015).
* Den nye ordningen med å samle klageretten i ett lovverk, pasientrettighetsloven, og til en klageinstans, Fylkesmannen, er ment å forenkle saksgangen og gjøre det lettere for pasient­en. Intervjuundersøkelsen som omfattet alle kommunene i Møre og Romsdal, viste imidlertid at det var mangelfull kjennskap til de endrede klagereglene i kommunens ledelse. Antallet klager på helse- og omsorgstjenester var lavt før innføring av ­reformen, og ser fortsatt ut til å være lavt, med f eks 44 helseklager i 2014 til Fylkesmannen i Møre- og Romsdal (Bøyum-Folkeseth manus i prosess).
* Drøftinger relatert til økonomi tok mye plass i reformens forhandlingsprosesser (Gjerde m fl 2015, Grimsmo 2013, Ljunggren m fl 2015, Aarseth m fl 2015), og brukere opplevde at forhandlinger om økonomi ga lite plass til «pasienten» under avtaleforhandlingene (Solbjør m fl manus sendt tidsskrift).
* Samhandlingsreformens føringer legger opp til mer formalisert kontakt mellom sykehus og kommuner. Mange på operativt nivå i kommunene savnet imidlertid den uformelle og direkte telefonkontakten med sykehusets ulike avdelinger som de hadde tidligere om den enkelte pasient (Ljunggren mfl 2014, Aarseth m fl 2015). De beskrev også at en diskusjon om økonomi hadde trengt seg inn og opptok plass i dialogen om pasientene (Grimsmo m fl manus i prosess). Innføring av elektroniske meldinger førte dessuten til mer stress ifølge den nasjonale surveyen (Ljunggren mfl 2014). På en annen side har flere informanter påpekt at manglende eller forsinkede elektroniske meldinger kan representere et hinder for en effektiv samhandling rundt pasienter (Grimsmo 2013).

# Analyse – tolkinger og diskusjon av resultatene

I diskusjonen løfter vi først fram likeverd og brukermedvirkning slik det avspeiles i avtale­forhandlingene, som rettslig virkemiddel. Dernest ser vi på pasientbehandling etter innføring av samhandlingsreformen og drøfter utvikling og implementering av helhetlige pasientforløp. Til sist drøftes utfordringer knyttet til kommunesamarbeid.

## Samhandling og likeverd

Nasjonale data viste at tidligere samarbeidserfaring var viktig når kommuner og helseforetak møttes som parter ved forhandlingsbordet (Ljunggren m fl 2014). Der de to partene hadde gode erfaringer, ble prosessene lettere preget av tillit og et godt samarbeidsklima. I andre forhand­lings­prosesser der samarbeidshistorikken var mager eller dårlig, uttrykte kommunene mer mistillit (Ljunggren m fl 2014) og samarbeidet kunne bli preget av formalisme (Aarseth m fl 2015). På tross av at kommunene langt på vei opplevde likeverd i forhandlingene om økonomiske og administrative problemstillinger (Ljunggren m fl 2015), viser hovedtyngden av resultater fra SPIS-prosjektet et klart asymmetrisk forhold (Gjerde m fl 2015, Grimsmo 2013). Kommunenes representanter opplevde seg som den svakere part på det operative og faglige planet (Grimsmo m fl manus i prosess). Fra kommunalt hold kom det også kritikk i forhold til mangelfulle dokumenter ved utskriving av pasienter fra sykehus (Grimsmo 2013) og en opplevde at sykehusene oftere enn før kunne gi pasienten lovnader på vegne av kommunen (Ljunggren m fl 2014).

Den opplevde asymmetrien og misnøye i kommunene ga dårlig grobunn for likeverd mellom kommuner og helseforetak i første fase av samhandlingsreformen. Likevel synes det som førstegenerasjon avtaletekster har en intensjon om å ivareta likeverdet mellom kommuner og helseforetak (Kirchhoff m fl 2015). Dette kan ha sammenheng med at prinsippet om likeverd var løftet høyt i reformens forarbeid (NOU 2005, St.meld.nr. 47: 2008-2009, St.meld.nr. 16: 2010-2011) og at de som utformet avtalene bestrebet seg på å få dette med i teksten. Identiske avtaler innen samme foretak (Kirchhoff m fl 2015) tyder på at avtalene i store trekk ble utformet av helseforetaket, - med begrunnelse i lik pasientbehandling og enklere administrasjon (Ljunggren m fl 2015). Selv om den enkelte kommune eller sammenslutning av kommuner hadde forhandlet med helseforetaket over flere måneder, kom ikke dette til uttrykk gjennom lokale tilpassinger for kommunene. Slik sett kan avtaletekstens inklusjon av likeverd være mer et tegn på ytre ferniss enn reelt likeverd. Samtidig kan nabokommuners ønske om å gi likt tilbud til sine innbyggere ha støttet opp om en aksept av likhet i avtaletekster (Ljunggren m fl 2015).

Forhandlingene mellom kommuner og helseforetak ble definert som et administrativt anliggende (Ljunggren m fl 2014, Aarseth m fl 2015) og fungerte ifølge Ljunggren og kollegaer (2015) som et oppdragsnettverk. Kommunens politikere var lite involvert i prosessene og kom gjerne først inn under den politiske behandlingen (Ljunggren m fl 2015, Aarseth m fl 2015). Med tanke på betydningen av forankring (Røsstad m fl 2015) kan politikernes fravær under forhandlingene virke uventet. En mulig forklaring kan være at kommunen ved politisk og/eller administrativ ledelse hadde delegert forhandlingsoppgaven til utvalgte representanter (Ljunggren m fl 2015), og at lokale politikere derfor avgrenset sitt oppdrag til å gjelde den politiske sluttbehandlingen. Når kommuner samarbeidet i forhandlingene ble de også bundet til å ha en lojalitet i forhold til å opptre samlet.

Brukere hadde liten innflytelse i forhandlingene, og kommunene stilte ikke med egne brukerrepresentanter. Enkelte foretak hadde med brukere som representerte foretakenes brukerutvalg, mens andre foretak ikke hadde invitert med brukere (Brekk og Kirchhoff 2015, Ljunggren m fl 2015). Brukerne, som ikke var part i forhandlingene, fikk ingen proaktiv eller initierende rolle (Solbjør m fl manus sendt tidsskrift). Det typiske var at brukergrupper ble orientert om avtaleprosessene enten i foretakenes brukerutvalg eller i andre fora (Brekk og Kirchhoff 2015, Ljunggren m fl 2015). Ut fra Brekk og Kirchhoffs (2015) analyser kan brukernes rolle i Helse Midt-Norge RHF karakteriserer som skinninnflytelse. I tråd med regelverket framhever imidlertid alle avtaletekstene at brukermedvirkning skal ivaretas, blant annet gjennom å vektlegge synspunkt fra brukerundersøkelser og uttalelser fra brukernes råd og utvalg. Samtidig sies det ingenting om hvordan brukeres erfaringer kan bli anvendt på en systematisk måte (Brekk og Kirchhoff 2015). Den videre anvendelsen av pasienters, pårørendes og brukeres erfaringer ble ikke avtalefestet slik det anbefales i Nasjonal veileder (2011).

## Pasientbehandling, klagerett og helhetlige forløp

Samhandlingsreformen har som mål å få til et mer smidig samarbeid mellom kommuner og helseforetak i den helhetlige behandlingen av pasienter. I avtaleforhandlingene var derimot oppmerksomheten mest vendt mot økonomi og organisering og «pasienten» var sjelden en del av debatten, ifølge brukere som deltok (Solbjør m fl manus sendt tidsskrift).

 Generelt kan det synes som et paradoks med såpass få klager på helsetjenester, og det er mulig at uformelle avgjørelser som treffes i helsevesenet, gjør klageadgangen illusorisk. Den nye klageordningen innebærer neppe en forenkling slik det er intendert. Klagen skal sendes til den instansen som fattet vedtaket. Hvis det er aktuelt å klage på flere forhold samtidig, må pasienten kanskje sende klage til flere aktører og til ulike nivå. Dette kan påføre pasienter med sammen­satte problemer en merbelastning. I tillegg kan det gi utfordringer med koordinering av den enkelte pasientens klager hos Fylkesmannen (Bøyum-Folkeseth manus i prosess).

Økonomiske insentiver har bidratt til å korte ned sykehusoppholdet for innlagte pasienter ved at kommunene får den såkalte boten når de ikke kan ta imot sine egne utskrivningsklare pasienter. Kommunale og interkommunale intermediæravdelinger ble et virkemiddel for å gi tilbud særlig til skrøpelige eldre etter sykehusinnleggelse. Sammen med oppretting av døgntilbud for øyeblikkelig hjelp, har dette bidratt til at enkelte pasienter får et mellomopphold før og etter sykehusinnleggelse. Det har ført til mer oppstykkete forløp for enkelte pasienter (Grimsmo 2013, Grimsmo og Løhre 2014). En vet ikke hvor mange pasienter det gjelder, men det dreier seg ofte om skrøpelige eldre som er spesielt sårbare for forflytninger og transport. Oppholdene er korte og bryter opp kontinuiteten i behandlingen og evt. rehabilitering. Hver forflytning krever full dokumentasjon (henvisning og epikrise) som sammen med oppretting av bestiller tjenester har bidratt til mer byråkrati. Ambulerende team og styrket hjemmetjeneste kunne vært alternativer, men insentivene har favorisert institusjonsbehandling (Grimsmo 2013, Grimsmo og Løhre 2014).

 Utvikling og implementering av helhetlige pasientforløp anses som et av de viktigste grepene i samhandlingsreformen. Evalueringer i SPIS-prosjektet viser at oppnevnte grupper med deltagere fra sykehus og kommuner har lagt ned et stort antall arbeidstimer for å utvikle helhetlige pasientforløp (Gjerde m fl 2014, Rønhovde 2012, Meese og Rønhovde 2015, Røsstad m fl 2013, 2015). Det kan imidlertid diskuteres hvor vellykket dette arbeidet har vært. Der helseforetaket la premissene og var toneangivende ble det en videreføring av diagnosespesifikke behandlingslinjer i sykehuset. Disse arbeidsgruppene har vært lojale og ferdigstilte forløp for spesifikke diagnoser (Gjerde m fl 2014), men de ble ikke tatt i bruk i kommunene (Meese og Rønhovde 2015). I arbeidsgrupper der kommunal ekspertise var godt representert, ble det utviklet et personsentrert pasientforløp som var generisk og diagnoseuavhengig (Røsstad m fl 2013). Det var vellykket, men likevel krevende å utvikle og ta i bruk (Røsstad m fl 2015). Endring av arbeidsprosesser er i seg selv vanskelig, og spesielt utfordrende når flere organisasjoner er involvert.

Idéen om diagnosespesifikke pasientforløp i kommunene kan bunne i manglende kunnskap om forekomst av sykdom. For det ene kan det virke som foretakene har oversett at det er multisykdom hos mer enn ni av ti pasienter som skrives ut med behov for kommunale tjenester. Det er kommunes oppgave å ivareta hele pasienten, og et viktig mål er å støtte opp om pasientens funksjonsevne for at den enkelte skal greie seg selv best mulig hjemme. For det andre avspeiler manglende kunnskaper om forekomsten av ulike kroniske sykdommer i kommunehelsetjenesten. Store diagnosegrupper i sykehus som kols, hjertesvikt og slag, er lavfrekvente blant pasienter som mottar pleie- og omsorgtjenester i kommunene. Dette gjør at diagnosespesifikke pasientforløp og diagnosesentrert spesialutdanning av helsepersonell ikke er funksjonelt og bærekraftig i kommunene (Grimsmo m fl manus i prosess).

Selv om det synes å være mange hinder ved implementering av helhetlige pasientforløp, viser Håland og kollegaer (2015) til mulige verdier i samarbeidet rundt pasientforløp. Når personale fra sykehus og kommuner går inn et forpliktende samarbeid, får begge parter anledning til å presentere sin kunnskap og kompetanse, og dette kan være særlig viktig for personalet i den kommunale omsorgen med tanke på å oppnå respekt og likeverd. Slik kan samhandling om pasientforløp bli et redskap eller et grenseobjekt på veien mot likeverd, og som grenseobjekt kan samhandlingen om pasientforløp både skyve på grensene mellom de to organisasjonene samt fungere som bro mellom dem (Håland m fl 2015).

## Kommunesamarbeid og utfordringer

I tillegg til å ha utfordringer i samhandlingen med helseforetak, blir kommuner utfordret i samarbeidet med andre kommuner. I planleggingsfasen viste kommunene en viss interesse for å samarbeide med hverandre, men etter hvert ble de mer opptatt av å bygge egen kompetanse framfor å samarbeide med andre om helsetjenester. I forhold til rehabilitering og tilbud til utskrivningsklare pasienter har det vært mindre ønske om samarbeid (Gjerde m fl 2015, Grimsmo og Løhre 2014, Aarseth m fl 2015). Både kommunale ledere og tjenesteutøvere vektlegger betyd­ningen av hjemsted og den geografiske dimensjonen når det gjelder å ivareta skrøpelige eldre i livets siste fase (Aarseth m fl 2015).

Færre liggedøgn ved innleggelse på sykehus ser ut til å gi en dominoeffekt ved at kom­mun­­ene må ta imot flere pasienter som trenger behandling. Det ble fortalt at disse pasientene fortrenger eldre hjemmeboende med behov for sykehjemsplass (Grimsmo 2013). I tillegg har opprettingen av de nye interkommunale tjenestene (intermediæropphold og øyeblikkelig hjelp døgntilbud) medført en ytterligere fragmentering av de kommunale helsetjenestene.

En overgripende analyse av samhandlingstiltak (Håland og Osmundsen 2015) viser til fire forhold som viktige for å opprettholde samhandling som meningsfull for deltakerne over tid; organisering av strukturelle forhold slik at det gir mening å samhandle, gjensidig opplevelse av kompetanse hos den andre part, opplevelse av likeverd og til sist, forankring av samarbeidstiltaket hos ulike aktører og i et helhetlig arbeid.

 Reformen har også satt spor internt i den kommunale organisasjonen (Aarseth m fl 2015). Vi ser en nedbygging av grensene mellom tidligere fristilte resultatenheter, samtidig som hensynet til spesialisering vektlegges særlig i de større kommunene.

# Anbefalinger om oppfølging

### Policy og praksis

Anbefalingene bygger på egen empiri sammenholdt med annen norsk og internasjonal litteratur knyttet til samhandlingsreformen (Grimsmo og Magnussen 2015).

* Myndighetene bør vurdere å redusere antallet avtaleområder for å gi kommuner og helseforetak bedre forutsetninger til å følge opp hvert enkelt område. Det blir viktig å oppnå likeverd mellom kommuner og helseforetak, også på et helsefaglig nivå.
* Brukerperspektivet (pasienter og pårørende) bør løftes fram, gjennom økt ­­brukerdeltagelse og ved å etablere systematisk innsamling av brukererfaringer og bruker­preferanser. Forvaltning og anvendelse av dette kunnskapsgrunnlaget bør forankres i avtaler.
* Det bør iverksettes tiltak for å redusere fragmentering i primærhelsetjenesten som for eksempel ved å legge til rette for flerfaglig samarbeid lokalt, organisering av helse- og omsorgstjenestene i en større samlet organisasjon med en faglig ledelse, felles disposisjon av personell og bruk av team slik at kommunene kan ta et større ansvar og større oppgaver.
* Det bør satses på økt bruk av tjenester i hjemmet og ambulerende team ved utskrivning av pasienter og ved behov for øyeblikkelig hjelp døgntilbud for unngå oppstykkete pasient­forløp, redusere pasientenes belastninger og for å redusere kompleksitet og byråkrati.
* Legekontor bør få et utvidet tverrfaglig tjenestetilbud og et styrket teamarbeid som kan øke tilgjengeligheten og forbedre oppfølgingen av utsatte pasientgrupper med store og komplekse behov.
* Kommunehelsetjenesten bør involveres tidligere i utskrivningsprosessen fra sykehus og utskrivningen bør differensieres slik at det tas hensyn til pasientens helsetilstand, kompleksitet og behovet for planlegging for å redusere faren for reinnleggelser og slik at flere kan reise direkte hjem.
* Alle kommuner bør ha et lokalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud for å dekke behovet hos stabile pasienter med avklart diagnose som kan behandles etter vanlige allmennmedisinske prinsipper, men hvor medfølgende funksjonsnedsettelse tilsier at pasienten får tidsbegrenset behov for hjelp til å gjennomføre behandlingen.
* Det er behov for å systematisere og styrke tilbudet innen rehabilitering.
* Det bør utvikles retningslinjer for gode og helhetlige pasientforløp som er relevante, bærekraftig og funksjonelle i forhold til kommunehelsetjenestens mål og oppgaver, og en strategi for hvordan disse kan implementeres.
* Det mangler kunnskapsbaserte faglige retningslinjer for pasienter med multisykdom, - som er den største pasientgruppen og med de mest omfattende behovene.
* Diagnosebaserte kvalitetsindikatorer bør unngås i den kommunale helsetjenesten. Indikatorer bør være populasjons- og risikobasert og de bør gjenspeile tjenestens tilgjengelighet, helhet og bredde, kontinuitet og flerfaglig samarbeid.

### Videre forskning

* Basert på erfaring fra andre land er det påkrevende å evaluere implementeringen og etterlevelse av samarbeidsavtalene som er inngått. Det inkluderer også brukermedvirkning og anvendelse av brukererfaringer.
* Det er grunn til å undersøke nærmere om gjeldende klagerett er funksjonell med hensyn til å ivareta pasientens behov ut fra samhandlingsreformens målsettinger om medvirkning, mer helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester og tjenester nærmere der folk bor.
* Prøve ut forskjellige modeller og insentiver for å bedre flerfaglig samarbeid i tjenestene og teamarbeid.
* Studere betydning av ulike kommunale organisasjonsformer med tanke på å sikre helhetlig pasientomsorg. Særlig er det behov for å øke kunnskapen om tildelingskontorenes betydning for koordinering og kvalitet i pasientomsorgen.
* Utvikle og prøve ut indikatorer som gjenspeiler kvalitet og målsettinger i kommunens helse- og omsorgstjenester.

# Referanser

Hver enkelt publikasjon fra prosjektet har et rikt tilfang av litteraturhenvisninger. Vi har i rapporten valgt å bruke kun egne publikasjoner. Offentlige dokumenter og internasjonal litteratur om samhandlingsreformen er referert av Grimsmo og Magnussen (2015).

Brekk Å, Kirchhoff R, 2015. Hvor ble det av pasienten i samarbeidsavtalene? *Nordiske Organisasjonsstudier*, 17(3), 37-62

Bøyum- Folkeseth L. Bidrar endringene i klagereglene til økt rettsikkerhet for pasientene? Manus i prosess

Gjerde I, Torsteinsen H, Aarseth T, 2015. Kommunenes møte med samhandlingsreformen – om grensekryssinger med og uten kart. I: Strand Ø, Nesset E, Yndestad H (red). *Fragmentering eller mobilisering? Regional utvikling i Nordvest - Fjordantologien*. Oslo: Forlag 1

Gjerde I, Meese J, Rønhovde L, Aarseth T, 2014. Helhetlige pasientforløp i utvikling, del 2. Molde: Høgskolen i Molde. Arbeidsnotat 3

Grimsmo A, 2013. Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter? *Sykepleien Forskning*, 8, 148-55

Grimsmo A, Løhre A, 2014. Erfaringer med etablering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud. *Utposten*, 43(4), 14-7

Grimsmo A, Kirchhoff R, Aarseth T, 2015. Samhandlingsreformen i Norge. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 17(3), 3-12

Grimsmo A, Magnussen J, 2015. Norsk samhandlingsreform i et internasjonalt perspektiv. Oslo: Norges Forskningsråd

Grimsmo A, Løhre A, Gjerde I, Røsstad T, Heiberg N, Steinsbekk, A. Disease based clinical pathways – are they sustainable in primary care? Manus i prosess

Håland E, Osmundsen TC, 2015. Entusiastisk etablering og kontinuerlig vedlikehold – samhandling på tvers av grenser innenfor helsetjenesten. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 17(3), 63-85

Håland E, Rosstad T, Osmundsen TC, 2015. Care pathways as boundary objects between primary and secondary care: Experiences from Norwegian home care services. *Health*, 1-17, Jan 26

Kirchhoff R, Ljunggren B, 2015. Equality in partnerships. The Coordination Reform in Norway. *International Journal of Integrated Care*, 15, May 27

Kirchhoff R, Grimsmo A, Brekk Å, 2015. Kommuner og helseforetak - ble de enige om noe? *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 18(2), 125-141

Ljunggren B, Haugset AS, Solbakk N, 2014. Kommunale helse- og omsorgslederes opplevelse av effekter av samhandlingsreformen. Steinkjer: Trøndelag forskning og utvikling. Arbeidsnotat 2

Ljunggren B, Kleiven HH, Solbjør M, 2015. Strukturering av oppdragsnettverk – om samhandlingsreformens avtaleprosesser. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 17(3), 13-36

Meese J, Rønhovde L, 2015. Prosjektorganisering som strategi for kunnskapsoverføring og lær­ing i forbindelse med samhandlingsreformen. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 17(3), 86-108

Rønhovde L, 2012. Innovasjon i offentlig sektor: en studie av prosessene knyttet til initiering av og iverksetting av samhandlingsreformen i fem kommuner på Nordmøre. Molde: Høgskolen i Molde. Arbeidsnotat 1

Røsstad T, Garasen H, Steinsbekk A, Sletvold O, Grimsmo A. Development of a patient-centred care pathway across healthcare providers: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 13:121

Røsstad T, Garåsen H, Steinsbekk A, Håland E, Kristoffersen L, Grimsmo A, 2015. Implementing a care pathway for elderly patients, a comparative qualitative process evaluation in primary care. *BMC Health Services Research*, 15:86

Solbjør M, Ljunggren B, Kleiven H. Samhandlingsreformen: Brukermedvirkning i utforming av avtaleverket mellom helseforetak og kommuner. Manus sendt tidsskrift

Aarseth T, Bachmann KE, Gjerde I, Skrove GK, 2015. Mot samhandlingskommunen? Om endringer i kommunenes eksterne og interne relasjoner i møte med en nasjonal helsereform. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 17(3), 109-133





1. Medfinansiering ble avviklet i den norske reformen f.o.m. 1.1.2015. [↑](#footnote-ref-1)